

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

Forschungsbericht/ Research Report

Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger im Strafvollzug – Einblicke in Problematiken und Konfliktbereiche der praktischen Behandlungsumsetzung am Beispiel der Justizvollzugsanstalten im Bundesland Nordrhein-Westfalen

[Opioid substitution treatment (OST) and imprisonment – an insight into problems and conflict areas surrounding the implementation of OST, demonstrated by the example of prisons in the Federal State of North-Rhine-Westphalia, Germany]

CHRISTINA SCHULTE-SCHERLEBECK (Dipl.-Soz.Päd./BA)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2010;7:37-53**, URL: www.indro-online.de/Scherlebeck2010.pdf

Einleitung

Auch wenn sich in der Drogenhilfepraxis in den letzten Jahren eine Vielzahl unterschiedlichster Hilfeangebote mit differenzierten Zielsetzungen entwickeln konnte, gestaltet sich die Umsetzung akzeptanzorientierter Behandlungsformen in der Umgebung des Strafvollzugs, in der abstinentenorientierte Therapien eine lange Tradition genießen, auch aufgrund ihres scheinbaren Widerspruches zum Vollzugsziel schwierig. So hat sich außerhalb der Gefängnisse die Substitutionsbehandlung zwar inzwischen als Standardtherapie mit unbestrittener Wirksamkeit für Heroinabhängigkeit durchgesetzt, intramural erfolgt ihre Anwendung jedoch nur vergleichsweise selten und liegt dabei in ihrer Ausgestaltung deutlich hinter den außerhalb geltenden Standards zurück.

Dabei gestaltet sich schon die Grundlage, die sich im Rahmen des Strafvollzugs für die Substitutionsbehandlung bietet, äußerst konfliktgeladen: Drogengebrauchende Menschen, die sich bereits außerhalb der Vollzugsanstalten in einem durch Zuschreibungen der Pathologisierung und Kriminalisierung beengten und begrenzten Lebensraum bewegen, der auch ihre Verhaltensweisen und -möglichkeiten beeinflusst, gelangen hier in die Umgebung einer totalitären Institution, geprägt von Isolation, Kontrolle und fremdbestimmter Lebensstrukturierung, basierend auf dem idealtypischen Vollzugsziel der Drogenfreiheit, durch das die Verhaltensweisen der Gebrauchenden implizit bereits im Vorhinein Verurteilung erfahren. Den gesundheitlichen Konsequenzen, die sich durch das moralisch schon abgewertete Konsumverhalten ergeben, wird in diesem bereits konfliktgeladenen Zusammentreffen mit einem von Zwängen dominierten medizinischen Versorgungsangebot begegnet, das sich auch auf den in diesem Rahmen tätigen Arzt auswirkt und ihn mit diffusen Erwartungshaltungen von Patient und Vollzug konfrontiert. Diese Situation muss nun das Fundament bilden für die Umsetzung einer an Schadensminimierung (Harm Reduction)

orientierten Behandlungsmethode, die bereits vom Grundgedanken her zunächst unvereinbar mit den Vollzugszielen scheint. Dabei lässt die immer weiter steigende Zahl drogengebrauchender Inhaftierter die Auseinandersetzung der Vollzugsanstalten mit dem gerne heruntergespielten oder negierten Problem des Drogenkonsums auch in Haft immer wichtiger werden, und es stellt sich die Frage nach den derzeitigen Möglichkeiten medizinischer Versorgung drogengebrauchender Inhaftierter und den Realisierungsmöglichkeiten akzeptierender Behandlungsformen.

Zur Erfassung der derzeitigen Situation der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug wurde eine schriftliche Befragung mehrerer Justizvollzugsanstalten im Raum NRW durchgeführt, deren Auswertung erste Einblicke in die praktische Umsetzung der Behandlung mit Substitutionsmitteln in Haft geben und auf auftretende Problematiken und vorhandene Konfliktbereiche aufmerksam machen soll.

Hintergrund

Drogengebrauch in Haft

Die Kriminalisierung der Gebrauchenden illegalisierter psychotroper Substanzen hat zur Folge, dass eine Vielzahl von ihnen ein oder auch mehrmals wegen Delikten im Zusammenhang mit dem Drogengebrauch inhaftiert wird, so dass für sie das Gefängnis zum dominanten Lebensraum wird und gleichsam die Zahl inhaftierter Drogengebrauchender immer weiter ansteigt (Stöver 2001). Der Gebrauch von Drogen bricht mit Beginn der Haft nicht ab, sondern erfolgt unter den vorherrschenden Bedingungen in noch riskanterer Weise mit erheblichen gesundheitlichen Auswirkungen. Basierend auf Angaben der Justizministerien der Bundesländer zur Abhängigkeit in Haft konsumieren laut REITOX-Bericht 2009 etwa 40 - 50% der Gefangenen illegalisierte Substanzen, wobei für 33% ein Abhängigkeitsstatus vermutet wird (BDBB 2009). Der fortgeführte Drogenkonsum und die mit ihm verbundene notwendige Finanzierung belasten die Gefangenen nicht nur zusätzlich durch den permanenten Beschaffungsdruck, sondern führen in diesem Rahmen auch zu neuen Abhängigkeitsverhältnissen und lassen neue Beschaffungsmechanismen entstehen - Gewaltakte, Prostitution und andere erzwungene Dienstleistungen, Weiterverkauf, Verwahrung oder Transport der Drogen sind einige Beispiele. Durch den kontinuierlich zunehmenden Drogengebrauch und -handel findet innerhalb der Gefangenenkultur teilweise auch eine Umfunktionalisierung der Substanzen zu einer Art zentralen Währung statt, was in der Konsequenz dazu führt, dass sich die Lebensgestaltung immer mehr auf Beschaffung, Schmuggel, Verkauf und letztendlich den Konsum konzentriert. Es entsteht somit unter den Gebrauchenden eine weitestgehend in sich geschlossene Gruppe am unteren Ende der Gefängnishierarchie mit nur sporadischem Kontakt zu anderen Inhaftierten, wobei das Zusammengehörigkeitsgefühl auch den Drogengebrauch und das Konsumverhalten des Einzelnen verfestigt (Stöver 2001).

Dabei spiegeln sich bezüglich des Drogenkonsums in Haft alle auch außerhalb des Anstaltslebens auftretenden Phänomene wider - von einem von Beschaffungsstrategien und -delikten durchzogenen Schwarzmarkt, auf dem die angebotenen Drogen ebenso verunreinigt, gestreckt und daher vom Reinheitsgehalt her unkalkulierbar sind wie außerhalb der Gefängnismauern bis hin zu Drogentod und -notfallsituationen. Zudem spielt auch Mischkonsum intramural eine zentrale Rolle, nicht zuletzt deswegen, weil trotz des bestehenden Drogenangebots nicht immer alle Substanzen vorhanden oder zum Teil auch zu teuer sind, so dass in diesen Fällen auf andere Drogen ausgewichen wird, deren Konsum teilweise wahllos und ohne Kontrolle der Dosierungsmenge erfolgt (ebd.).

Für die Haftanstalten ergibt sich daraus die Anforderung, den Drogenkonsum innerhalb der Haftanstalten mit dem Resozialisierungsauftrag des Vollzugs ins Verhältnis bringen zu müssen, wobei die Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung des Problems auch durch politische Auflagen eingeschränkt sind, so dass als Reaktionsmöglichkeit der Versuch einer noch größeren Abschottung bleibt, um bisherige Durchlässigkeiten gerade im Bereich eingebrachter Drogen zu verhindern. Die Chancen auf Erfolg bleiben dabei jedoch fraglich, ebenso wie auch dem Resozialisierungsgedanken im Sinne von Vorbereitung auf Wieder-

eingliederung durch noch stärkere Isolation der Gefangenen keine Rechnung getragen werden dürfte. Zudem hätten verschärfte Kontrollen auch für diejenigen negative Auswirkungen, die nicht in die Drogengeschichte innerhalb der Anstalten involviert sind. Eine andere Alternative wäre das Angebot lebensnaher Hilfen mit Zielen, die sowohl für die Anstalten tragbar, jedoch auch so niedrigschwellig angelegt sind, dass sie von den Gefangenen tatsächlich in Anspruch genommen und akzeptiert werden. Doch selbst beim Umsetzungswillen solcher Angebote zeigen sich die räumlichen und auch methodischen Möglichkeiten für die Arbeit mit Drogengebrauchenden insofern beschränkt, als dass Drogenszene mit nicht toleriertem Konsum und Drogenhilfe sich hier zusammen auf engstem, von Sicherheits- und Ordnungsaspekten dominierten Raum befinden (ebd.).

Gesundheitliche Belastungen in Haft

Der Gefängnisaufenthalt kann für einige Inhaftierte zwar Chancen auf gesundheitliche Stabilisierung bieten, generell sind Gefangene jedoch einer erhöhten psychischen und physischen Belastung ausgesetzt. Durch die aus Straf- und Sicherheitsgründen erfolgenden Einschränkungen und die Übernahme der zentralen Organisation elementarer Lebensbereiche, die vorher der Verantwortungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit des Einzelnen unterstanden, erfolgt nicht nur eine Entmündigung der Gefangenen, die Wut und Verzweiflung hervorrufen kann, sondern es stellt sich durch die fremdorganisierte Befriedigung zentralster Grundbedürfnisse auch eine unselbständigkeitsfördernde Versorgungsmentalität bei den Gefangenen ein (Lang 1998). Die erzwungene körperliche und soziale Inaktivität lässt eine Ressourcenverminderung entstehen und führt zur Abstumpfung und Antriebslosigkeit, was sowohl die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Symptome erhöht als auch eine Sensibilisierung bzw. Fixierung auf das eigene körperliche Geschehen fördert und häufig Ängste entstehen lässt über mögliche Erkrankungsszenarien und fehlende Behandlungsmöglichkeiten im Notfall (Stöver 2006).

Dazu besteht im Rahmen der Haft durch das Zusammenleben auf engstem Raum, kombiniert mit den begrenzten Schutzmöglichkeiten, eine hohe Infektionsgefahr vor allem hinsichtlich Viruserkrankungen wie HIV oder Hepatitiden. Im Vergleich zur extramuralen Situation ist die HIV-Infektionsrate innerhalb des Vollzugs mit 1% betroffener Gefangener 70 mal höher als außerhalb, die Rate an Hepatitis-Erkrankung mit ca. 14% etwa 40 mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (Stöver 2009).

Herausforderungen an die medizinische Versorgung Gefangener

Im Hinblick auf die extremen gesundheitlichen Belastungen im Rahmen des Strafvollzugs, gerade auch im Bezug auf drogengebrauchende Inhaftierte, spielen die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung der Inhaftierten eine zentrale Rolle. Sie stehen dabei aufgrund fehlender freier Arztwahl jedoch bereits von vornherein auf einer Basis, die viel Konfliktpotenzial birgt, nicht zuletzt weil dadurch die Einbindung des Arztes in eine Institution betont wird, deren vorrangige Aufgabe es aus Sicht der Gefangenen zu sein scheint, ihnen die Freiheit zu entziehen.

Im Justizvollzug unterliegt der Arzt generell der Spannung zwischen medizinischem Auftrag und den Anforderungen und Vereinnahmungen durch die vollziehende Anstalt. So haben die Anstaltsärzte nicht nur für eine angemessene medizinische Versorgung der Inhaftierten zu sorgen, sondern sie sind auch konfrontiert mit den Erwartungen von Anstaltsleitung und Vollzugsangestellten, die auf der Forderung nach Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung basieren, so dass ein massiver Druck auf den Ärzten und dem medizinischen Personal lastet. Die gewohnten Beziehungsmuster von Arzt und Patient sind somit diffus, da der Arzt für die Gefangenen einerseits eine Person sein soll, zu der sie Vertrauen aufbauen sollen und der erster Ansprechpartner für ihre Belange ist, er andererseits jedoch auch die Rolle des Staatsbeamten einnimmt, der in nicht unwesentlichem Umfang im Rahmen von Zugangsuntersuchungen und Beurtei-

lung über Haftfähigkeit darüber entscheidet, ob die Betroffenen in Unfreiheit bleiben und welche Bedeutung ihren geäußerten Leiden zugemessen wird (Fritsch 2009). Der aufgrund der fehlenden Arztwahl bestehende Zwang der Beziehung zeigt sich dementsprechend besonders dominant in durch die Mitwirkungspflichten des Arztes erzwungenen Situationen wie Aufnahmeuntersuchungen, der Umsetzung bestimmter disziplinarer Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen im Bereich der gesundheitlichen Fürsorge, da dem Arzt hier in einer Situation, derer sich der Patient nicht entziehen kann, eine erhebliche Entscheidungsbefugnis zukommt. Während sich bereits im extramuralen medizinischen Praxisalltag Ärzte in einer überlegenen Position gegenüber den Patienten befinden, liegt diese Machtposition innerhalb der Haft in besonders ausgeprägter Form vor und fordert daher auch eine hohe Verantwortung (Keppler 2009).

Für die medizinische Versorgung drogengebrauchender Inhaftierter ergibt sich als weitere Problematik, dass diese zwar oft verbal den Wunsch nach ärztlicher Behandlung äußern, realiter teilweise jedoch weniger an einer tatsächlichen gesundheitsfördernden ärztlichen Versorgung interessiert sind als vielmehr an den beim Arzt zu erhaltenden Medikamenten, die dann bei fortgesetztem Konsumverhalten vom Patienten auf ihre Wirksamkeit als Suchtstoff ausgetestet werden, häufig auch durch Kombination verschiedener Medikamente und Erproben unterschiedlicher Applikationsformen. Zudem kommt einigen psychopharmazeutischen Mitteln wie z.B. Benzodiazepinen innerhalb der Anstaltssubkultur eine währungsähnliche Bedeutung zu, so dass mit ihnen andere Substanzen wie beispielsweise Heroin „bezahlt“ werden können und die Motivation dementsprechend hoch ist, diese „Währung“ vom Arzt verschrieben zu bekommen, z.T. auch durch Ausübung erheblichen, aggressiven Nachdrucks, wobei gerade auch der Mangel an Verhaltensalternativen und Kompensationsmöglichkeiten innerhalb des Vollzuges solche aggressiven Handlungsformen unterstützt (Fritsch 2009).

Substitutionsbehandlungen in Haft

Obwohl außerhalb der Gefängnisse die Substitutionstherapie mit derzeit ca. 75.000 sich in Behandlung befindender Menschen inzwischen die Standardbehandlung für Heroinabhängigkeit in der hausärztlichen Praxis darstellt (Stöver/Gerlach 2010), erfolgt trotz vieler Belege ihrer Effizienz und Effektivität die Umsetzung dieser Behandlungsmaßnahme innerhalb der Justizvollzugsanstalten nur äußerst zögerlich oder bleibt gänzlich aus, auch verbunden mit einer Verharmlosung oder Negierung des Drogenkonsums im Rahmen der Haft. Dementsprechend liegen die Häufigkeitsraten der Anwendung innerhalb des Vollzuges trotz geltenden Äquivalenzprinzips weit hinter denen zurück, die außerhalb zu verzeichnen sind. (Stöver/Keppler 2009). Die „EU Studie zur Substitutionsbehandlung in europäischen Gefängnissen zur Analyse der Hürden für die Einführung oder Fortführung der Substitutionsbehandlung in Haft“ zeigt für Deutschland eine Substitutionsrate von insgesamt 39,2 - 49%, die mit einer Quote von gerade einmal 3,5% innerhalb der Gefängnisse deutlich unterschritten wird (Stöver/Casselmann 2006). Pastoor geht derzeit von einer Zahl von 500 – 700 Substituierten in den Vollzugsanstalten Deutschlands aus. Bei einer geschätzten Anzahl von 20 - 24.000 drogenkonsumierenden Gefangenen würden demnach gerade einmal 2,1 - 2,5 % von ihnen derzeit eine Behandlung mit Substitutionsmitteln erhalten (Pastoor 2010).

Entsprechend der Forderung nach Angleichung von extra- und intramuraler medizinischer Versorgungsstandards und -angeboten gelten auch für die Substitutionsbehandlung in Haft die Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) und der „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“. Aufgrund der nichtvorliegenden gesetzlichen Krankenversicherung der Inhaftierten ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung“ (BUB-Richtlinie) nicht bindend; die Substitutionsbehandlung ist jedoch in einigen Bundesländern zusätzlich über eigene Erlasse geregelt, die zum Teil ausdrücklich auf diese Richtlinie verweisen (Keppler 2008). Trotz der bundeseinheitlichen rechtlichen Rahmenbedingungen unterscheidet sich die Substitution innerhalb des Vollzuges in Deutschland jedoch nicht nur unter den einzelnen

Ländern, sondern weist auch zwischen den jeweiligen Anstalten, teils sogar von Arzt zu Arzt, erhebliche Differenzen auf.

Behandlungsdiskontinuitäten und Abbruch

Auch wenn immer wieder auf die Angleichung der Versorgung in Haft an das kassenärztliche System verwiesen wird und sich inzwischen mehrheitlich die Befürwortung der Weiterbehandlung von Patienten etabliert hat, die bereits vor Haftantritt substituiert wurden - je nach bisheriger Behandlungsdauer und Zeit der Inhaftierung - führt der Haftantritt auch bei den bereits vorher eingeleiteten Behandlungen in den meisten Fällen zum Abbruch mit oftmals sehr schneller Abdosierung (Stöver/Keppler 2009). So wurden laut Ergebnissen der IMPROVE-Studie rund 70% der bereits vor der Haft bestehenden Substitutionsbehandlungen aufgrund des Haftantritts abgebrochen (Stöver 2010).

Hinzu kommt, dass auch wenn unter Substitutionsbehandlung im Allgemeinen eigentlich eine längerfristige Therapieform verstanden wird, ihre Umsetzung im Rahmen der Haft häufig in Form eines medikamentengestützten kurz- oder längerfristigen Entzuges (Entgiftung) erfolgt, bei dem das Heroin durch geeignete Opiate wie Methadon oder Buprenorphin ersetzt wird, welche dann in festgelegten Schritten herabdosiert („ausgeschlichen“) werden mit gleichzeitiger Behandlung möglicher zusätzlich auftretender Entzugssymptome (Keppler 2008). Zudem unterliegt die Substitution im Strafvollzug häufig einer zeitlichen Befristung von drei bis zu sieben Monaten, was jedoch konträr zum idealtypischen Behandlungsziel läuft, das Verlangen nach Heroin durch biologisch-chemische Blockaden solange zu unterbinden, bis der Patient stabilisiert genug für eine substanzfreie Lebensführung ist (Stöver/Keppler 2009).

Problematiken der Umsetzung von Substitutionsbehandlungen im Strafvollzug

Aufgrund des Spannungsfelds mit dem idealtypischen Vollzugsziel der Drogenfreiheit und dem Sicherheitsauftrag auf der einen Seite und dem Behandlungsanspruch der Gebrauchenden auf der anderen, dem nur bei Anerkennung des real vorliegenden Gebrauchs innerhalb des Vollzugs und einer offenen Thematisierung angemessen Rechnung getragen werden kann, steht die medizinische Versorgung drogengebrauchender Inhaftierter von vornherein auf einer konfliktgeladenen, problematischen Basis, was sich besonders deutlich bei dem Versuch der Umsetzung nicht-abstinenzorientierter Behandlungsangebote zeigt. Eine Abkehr von der Abstinenztherapie scheint zunächst nicht nur gängiger justizieller Auffassung auf unvereinbare Weise entgegenzustehen, sondern es verändert sich durch die Anwendung dieser therapeutischen Behandlungsalternative auch die Rolle des Behandelnden in der Beziehung zu seinem Patienten, da diese nun nicht mehr von der Zielerreichung der ideologisch erwünschten Drogenfreiheit dominiert wird, sondern sich an personenbezogenen, schadensminimierenden Therapiezielen orientieren kann. Die dafür notwendige Miteinbeziehung der subjektiven Sichtweisen des Patienten und der Funktionalitäten, die seine (drogalen) Verhaltensweisen für ihn haben, erfordert teilweise ein Aufweichen der Rolle des Arztes als alleiniger Experte für die Behandlung der Krankheit, was gerade bei der besonderen Machtstellung des Arztes im Vollzug schwierig scheint (Gölz 2005). In diesem Kontext können vor allem auch ethisch-moralische Gründe des Arztes, wie eine generell abstinenzorientierte Einstellung mit Wahrnehmung der Substitute als psychoaktive Drogen, welche somit keine Grundlage für eine Therapierung Drogenabhängiger liefern können, zum Ausbleiben der Behandlung führen, ebenso wie ein mangelndes Verständnis des Arztes von der Opiatabhängigkeit als chronische Krankheitsform (Stöver/Keppler 2009).

Auch Kostengründe sind nicht unwesentliche Einflussfaktoren, durch die sich in einigen Haftanstalten nicht nur eine geradezu chronische Mangelsituation an personellen, technischen und räumlichen Ressourcen ergibt, sondern die auch dazu führen, dass spezifische Behandlungsmethoden wie z.B. die Behandlung mit Substitutionsmitteln entweder ganz ausgeschlossen werden, zugunsten einer erhöhten Motivation zur

Behandlung nach vermeintlich bewährten, älteren Methoden oder diese Behandlungsform nur wenigen Patienten zugänglich ist (Meier 2009).

Daneben unterliegen Substitutionsbehandlungen teilweise auch dem Versuch der Instrumentalisierung als vollzugliches Ordnungsinstrument, indem beispielsweise die Anzahl und die Auswahl der Patienten beeinflusst wird oder eine Kopplung juristischer Aspekte wie strafrechtlicher Milde oder vorzeitiger Entlassungsgewährung an die Behandlung erfolgt. In einigen Haftanstalten gilt die Bereitschaft zur Teilnahme an der Behandlung beispielsweise als positives Bewertungskriterium für die künftige soziale Prognose des Inhaftierten, da sie als Entscheidung des Betroffenen gewertet wird, seine Lebensweise ändern zu wollen, wobei jedoch verkannt wird, dass eine Bereitschaft zur Änderung der Lebensumstände idealtypisch zwar eine Zielsetzung sein kann, nicht jedoch die Grundlage der Substitutionsbehandlung sein sollte (Keppler et al. 2009).

Spezifische Ziele und Wirksamkeit der Behandlung für den Strafvollzug

Aufgrund der durch die Inhaftierung veränderten Lebenssituation des Betroffenen, in der Grundbedürfnisse wie Nahrung, Unterkunft, Kleidung und eine gesundheitliche Basisversorgung bereits gesichert sind, scheinen im Rahmen der Haft einige der draußen als wesentlich geltenden Ziele der Substitutionsbehandlung grob betrachtet bereits allein durch die Fürsorgeleistungen des Vollzugs und die fremdgesteuerte Alltagsstrukturierung erfüllt zu sein, die Behandlung bietet gerade hier jedoch auch Potenzial situationspezifischer Wirkweisen, die nicht nur positive Konsequenzen für den Gefangenen, sondern auch für die Vollzugsanstalten bzw. für die Umsetzung der Vollzugsziele haben können (Bundesärztekammer 2010).

Dazu zählt beispielsweise die Reduzierung von Heroingebrauch innerhalb der Haftanstalt und damit verbunden auch die Reduktion der gemeinsamen Benutzung von Spritzen, Nadeln und anderen Konsumutensilien sowie im Weiteren die Einschränkung des Drogenhandels, die Verringerung der Mortalitätsraten nach Haftentlassung und die Reduzierung drogenbezogener Strafdelikte sowie eine Verminderung der Rückfallquoten (Pollähne/Stöver 2005).

Orientiert an der Vergünstigung der Umsetzung vollzuglicher Ziele, könnte die Substitutionsbehandlung auch zur Vermeidung bzw. Verringerung subkultureller Aktivitäten innerhalb der Vollzugsanstalt beitragen, da gerade der fehlende Substanzmangel oft ein Beweggrund für Inhaftierte darstellt, sich in die Drogensubkultur des Vollzugs zu integrieren, um dort an konsumierbare pharmakologische Mittel zu gelangen. Statt des Erlernens legaler Verhaltensweisen wird der Gefangene während seiner Haftzeit im Vollzug dadurch eher in der Nützlichkeit und Funktionalität illegaler Verhaltensweisen bestärkt, was auch dem Vollzugsziel der Resozialisierung, der Vorbereitung auf ein straffreies Leben, entgegensteht. Ebenso kontraproduktiv für die Erreichung des Vollzugsziels wäre es, wenn Gefangene aufgrund der erzwungenen Abstinenz eine Verweigerungshaltung nicht nur gegenüber der medizinischen Versorgung, sondern auch der psychosozialen Angebote der Haftanstalt aufbauen würden, die aus vollzuglicher Sicht eigentlich zur Vorbereitung einer nachhaltigen Umstellung des bisherigen delinquenten Lebensstils nach der Haft dienen sollten, den Gefangenen in diesem Fall jedoch nicht mehr erreichen können. Somit könnte die Behandlung aufgrund ihrer Signalisierung der Akzeptanz gegenüber den Gebrauchenden auch Verweigerungshaltungen und sozialem Rückzug vorbeugen (Hussmann 2010).

Behandlungsmöglichkeiten in Nordrhein-Westfalen

Nach Feststellung der Effektivität und Effizienz der Substitutionsbehandlung und ihrer spezifischen Wirkweisen für die Anwendung innerhalb des Vollzugs, nicht nur für die Gefangenen, sondern auch für die vollziehende Anstalt, stellt sich nun die Frage nach der derzeitigen Umsetzung im Strafvollzug und den Auswirkungen, die diese besonderen Rahmenbedingungen auf die Behandlungsform haben.

Die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung der Justizministerien der einzelnen Bundesländer durch die Deutsche AIDS-Hilfe im Herbst 2006 zeigen dabei für Nordrhein-Westfalen die grundsätzlich bestehende

Möglichkeit, in allen Haftanstalten Substitutionsbehandlungen durchzuführen, nicht nur als Weiterführung einer vor der Haft begonnenen Behandlung, sondern auch mit Behandlungsbeginn während der Haft, ohne zeitliche Befristung und mit allen derzeit zugelassenen Substitutionsmitteln (Knorr 2007).

Die Grundlagen der Betreuung suchtmittelabhängiger Gefangener werden in Nordrhein-Westfalen seit den 90er Jahren vorrangig geregelt durch den gemeinsamen Runderlass „Betreuung drogenabhängiger Gefangener in den JVA'en“ des Justizministeriums und des Gesundheitsministeriums vom 03.11.1998, der im März 2007 im Rahmen einer Neujustierung des vollzuglichen Betreuungsansatzes durch das Papier „Konzeptionelle Neuausrichtung der Drogenberatung“ verändert und ergänzt wurde. Danach soll sich die Drogenberatung in Haft vorrangig an drei Schwerpunkten orientieren, zu denen neben einem rehabilitativ orientierten Betreuungsangebot und einem präventiv orientierten Betreuungsansatz als dritte Säule auch ein „palliativ orientierter vollzuglicher Betreuungsansatz“ gehört. Unter diesem sind Maßnahmen für drogenkranke Gefangene zu verstehen, die „von den klassischen Angeboten - wie der Beratung zum Ziel der Entlassung in eine abstinentorientierte Therapiemaßnahme - noch nicht oder nicht mehr profitieren wollen oder können“ (Pastoor 2010, 13). Dabei wird vom Justizministerium vermerkt, dass es nach wie vor das vordringlichste Ziel des Vollzugs sein sollte, eine Vermittlung des Gefangenen in eine abstinentorientierte Therapiemaßnahme vorzunehmen. Aufgrund der wachsenden Zahl von inhaftierten Suchtmittelabhängigen seien jedoch auch ergänzende vollzugsinterne Angebote notwendig geworden, zu denen im Besonderen die Substitutionsbehandlung zähle, da diese den Krankheitsverlauf von Opioidabhängigen positiv beeinflussen und auch die Erreichung der Vollzugsziele fördern könnte (Hussmann 2010).

Im Rahmen der Ausgestaltung dieser Schwerpunkte entstand mit Veröffentlichung im Januar 2010 durch die Arbeit interdisziplinärer, ständiger Arbeitsgruppen in den Justizvollzugsanstalten der Erlass „Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opiatabhängigkeit im Justizvollzug (Substitutionstherapie in Haft)“, der an alle Justizvollzugsanstalten des Landes NRW verschickt wurde. Die Leitgedanken der Behandlungsempfehlungen wurden von Dr. Klaus Hussmann, Leiter des Referat IV B 2 für Gesundheitsfürsorge des Justizministeriums NRW, auf der Fachtagung zur „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft“ im April 2010 in Berlin wie folgt zusammengefasst:

- „Die Opioidabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung
- Sucht und Konsum bestehen auch im Vollzug fort
- Substitution reduziert subkulturelle Aktivitäten
- Substitution fördert das Vollzugsziel
- Substitution vermeidet Todesfälle nach der Entlassung“ (Hussmann 2010, 16 -18)

Substitution könnte begleitet von engmaschigen Kontrollen zudem auch für polytoxikomane Abhängige Protektion bieten und zum Erlernen eines kontrollierten Suchtverhaltens beitragen (ebd.).

Umsetzung der Behandlung im Strafvollzug in NRW – Untersuchungsmethode und Ergebnispräsentation

Datenerhebung

Um zu erfassen, wie sich die Umsetzung der Behandlung mit Substitutionsmitteln in der Praxis konkret gestaltet und ob sich die in Studien und in der aktuellen Fachliteratur beschriebene Heterogenität bestätigt, die sich nicht nur zwischen den einzelnen Bundesländern, sondern auch für die jeweiligen Anstalten innerhalb eines Bundeslandes annehmen lässt, erfolgte eine schriftliche Befragung von 23 Anstalten des geschlossenen Strafvollzugs in NRW, für die ein dreiwöchiger Zeitraum zur Bearbeitung und Rücksendung zur Verfügung stand.

Im Zielfokus der Untersuchung stand nicht nur die Ermittlung des grundsätzlich möglichen Umfangs des Behandlungsangebots, der Indikationszeitpunkte und -kriterien, der verfügbaren Substitutionsmittel und grundlegenden Behandlungsregelungen, sondern auch einer Konkretisierung der Auswirkungen der besonderen Umstände innerhalb des Vollzugs auf die Behandlung und deren tatsächliches Ausmaß auf die vermuteten Problematiken in der Strafvollzugspraxis.

Der hierzu erstellte Fragebogen richtete sich direkt an die Anstaltsärzte bzw. den medizinischen Dienst, um, unterstützt durch entsprechende inhaltliche Ausgestaltung der Befragung, auch ihre persönlichen Einschätzungen zur Behandlung und die von ihnen erlebten Erfahrungen und Problematiken berücksichtigen zu können. Darüber hinaus sollte die Befragung Aufschluss über die derzeitige Akzeptanz der Behandlung sowohl auf Seiten der Ärzte als auch der Patienten innerhalb des Vollzugs ergeben.

Der erste Teil des Fragebogens unterteilte sich in sechs spezifische Themenbereiche mit insgesamt 32 Fragen, wobei einerseits vorgegebene Antwortmöglichkeiten (teilweise Mehrfachnennung möglich), andererseits aber auch die Möglichkeit zusätzlicher eigener Angaben bestanden. Die Themenbereiche dienten

1. der Ermittlung des grundsätzlich bestehenden Angebots der Substitutionsbehandlung in den jeweiligen Anstalten sowie dem möglichen Vorliegen einer zeitlichen Befristung; zudem sollte die Relation der möglichen Therapieplätze im Vergleich zu den Gesamthaftplätzen aufgezeigt werden;
2. zur Erfassung möglicher Indikationszeitpunkte, für die zusätzlich jeweils spezifische Kriterien für die Einleitung der Behandlung sowie mögliche Ausschlussgründe abgefragt wurden. Für die Weitersubstitution wurde zudem die Frage nach Absprachen mit den vorher behandelnden externen Ärzten gestellt. Darüber hinaus erfolgte auch die Prüfung der Möglichkeiten psychosozialer Betreuungsangebote;
3. der Erfassung der zur Verfügung stehenden Substitutionsmittel, der Häufigkeit ihrer Verwendung sowie der Kriterien für die Bestimmung der Erstdosierungsmenge und der Eruiierung der Zeitintervalle für Auf- und Abdosierung;
4. dem Herausfiltern zentraler Behandlungsgrundlagen und möglicher Gründe, die zum Abbruch der Behandlung führen könnten;
5. der Informationsermittlung der Reaktionen auf möglichen Beikonsum - je spezifiziert auf die unterschiedlichen Indikationszeitpunkte – und der Abfrage der Häufigkeit von Kontrollen und möglichen Einleitung von Maßnahmen gegen missbräuchliche Verwendung des jeweiligen Substituts;
6. der Erfassung der aktuellen Behandlungssituation in den einzelnen Anstalten: Es wurden neben der Anzahl der zum Befragungszeitraum in Behandlung befindlicher Gefangener und den Zeitpunkten ihres Behandlungsbeginns auch das Bestehen von Ausweichmöglichkeiten im Fall eines unzureichenden medizinischen Versorgungsangebots in der eigenen Anstalt berücksichtigt.

Im zweiten Teil des Fragebogens wurde darüber hinaus durch sechs offene Fragestellungen versucht, die persönlichen Einschätzungen und Wahrnehmungen der behandelnden Ärzte bezüglich der Behandlungsform darzustellen. So wurden diese angehalten, die Behandlung mit Substitutionsmitteln durch Nennung von Vor- und Nachteilen zu bewerten und ihren Wirkungsgrad einzuschätzen. Dazu wurde nach der persönlichen Wahrnehmung möglicher Zielsetzungen der Behandlungsform in den spezifischen Rahmenbedingungen des Strafvollzugs gefragt, und es sollten auftretende Schwierigkeiten und Problematiken sowie erlebte Reaktionen der Patienten auf die Behandlung beschrieben werden. Mit diesen Frageelementen sollte den bereits zuvor dargestellten Problematiken von Behandlungsdiskontinuität aufgrund starker Abstinenzorientierung der Ärzte und der Kollision der Behandlung mit den Zielen des Strafvollzugs Rechnung getragen werden. Zudem sollte erfasst werden, ob die spezifisch für den Strafvollzug definierten Ziele der Substitutionsbehandlung in der Praxis von den Ärzten wahrgenommen und geteilt werden und eine Erreichung durch die Behandlungsform möglich erscheint bzw. inwieweit sie nur unzureichend Wirkung zeigt oder sogar neue Problematiken eröffnet.

Von den verschickten Fragebögen (23) kamen sieben ausgefüllt zurück, dazu gab es fünf weitere Rückmeldungen - drei schriftliche und zwei telefonische – mit der Information, den vorgelegten Fragebogen nicht ausfüllen zu dürfen oder zu wollen. Mit insgesamt zwölf Rückmeldungen liegt damit eine Rücklaufquote von etwa 52% vor. Die Erhebungsergebnisse sind somit für ca. ein Drittel der NRW-Justizvollzugsanstalten repräsentativ. Sie spiegeln für ca. 3.000 Inhaftierte die Bedingungen medizinischer Versorgung bezüglich der Substitutionsbehandlung wider. Nachfolgend werden wesentliche Ergebnisse der Befragung vorgestellt und einer Bewertung unterzogen.

Extramurale Substitutionsrate wird deutlich unterschritten

Nur in einer der sieben Anstalten, von denen konkrete Angaben zur Behandlung mit Substitutionsmitteln vorliegen, wird grundsätzlich keine Substitutionsbehandlung angeboten, in allen anderen besteht das Angebot der Substitution nicht nur als Entgiftungstherapie, sondern auch als längerfristige Therapieoption zu allen Zeitpunkten der Haft, mit Orientierung an den zugrunde liegenden Rahmenbedingungen des BtMG, der BtMVV und den Richtlinien der Bundesärztekammer. Nur in einer Anstalt unterliegt die Behandlung einer zeitlichen Befristung von sechs Monaten. In einer weiteren Vollzugsanstalt kann die Behandlung befristet werden im Fall einer Überbelegung der Therapieplätze.

Mit insgesamt 2924 Inhaftierten und 135 möglichen Therapieplätzen besteht für 4,6% der Gefangenen die Möglichkeit zur Behandlung mit Substitutionsmitteln. Die insgesamt 89 Personen, die sich zum Befragungszeitpunkt in einer Behandlung befanden, machen einen Anteil von 3% der Gefangenen aus, womit die extramural geltende durchschnittliche Substitutionsrate von etwa 39 - 49% deutlich unterschritten wird – ein eindeutiger Beleg für eine extrem hohe Quotendifferenz.

Weitersubstitution ist häufigster Indikationsgrund

Von den zum Befragungszeitpunkt 89 inhaftierten Substituierten befanden sich 72% bereits vor Haftantritt in einer Behandlung - lediglich 28% wurden erst während der Inhaftierung eingestellt, so dass eine vor Haftaufnahme bestehende Behandlung den Hauptindikationsgrund darstellt.

Mangelnde Absprachen mit vorbehandelnden Ärzten

Im Fall der Weitersubstitution bereits vor Haft Substituierter halten zwar alle Anstalten vor Behandlungsbeginn Rücksprache mit den Vorbehandelnden, jedoch wird in diesem Kontext auch das Bestehen eines Schnittstellenproblems der intra- und extramuralen medizinischen Versorgung deutlich, das vor allem durch Unsicherheiten und Zurückhaltung seitens der außerhalb behandelnden Ärzte gekennzeichnet ist. Dementsprechend dienen die Rücksprachen mit den extramuralen Ärzten, die meist informell und telefonisch erfolgen, mehrheitlich weniger zur Erfragung konkreter Details der vorherigen Behandlung wie Dosierungshöhe, Behandlungsverlauf u.ä., sondern vorrangig zur grundsätzlichen Bestätigung, dass die inhaftierte Person auch tatsächlich mit Substitutionsmitteln behandelt wird.

Beikonsumfreiheit ist zentrale Bedingung für Behandlungseinleitung während der Haft

Als zentrale Kriterien zur Einleitung der Substitutionsbehandlung bei Haftbeginn wurde neben der medizinischen Indikation entsprechend der BtMVV und den Richtlinien der Bundesärztekammer auch die Notwendigkeit einer durch Drogenscreenings bestätigten Freiheit von Beikonsum genannt. Aus einer Anstalt werden als weitere Voraussetzungen der konkrete Substitutionswunsch der Patienten und die Gewährleistung der Behandlungsfortführung nach Haftentlassung berichtet.

Für die Behandlungsindikation während der Haft ergaben sich als zentrale Kriterien die Freiheit von Beikonsum und der Abschluss eines Substitutionsvertrags. Die Sicherstellung der Behandlung nach der Haft ist für einen Behandlungsbeginn zu diesem Zeitpunkt in zwei Anstalten notwendig. Eine Anstalt leitet die Behandlung während der Haft nur dann ein, wenn die Therapieziele keine Kollision mit denen des Vollzugs auslösen. In einer weiteren Anstalt muss zudem nicht nur eine Abhängigkeit, sondern auch eine chronische, ansteckende Krankheit vorliegen (z.B HIV/AIDS, Hepatitiden), was jedoch auch nur dann zur Einleitung einer Substitutionsbehandlung führt, wenn durch diese der Patient zur Führung eines straffreien Lebens mit geregelter Tagesablauf befähigt werden könnte.

Weiterer Behandlungsplatz als zentrales Kriterium für Aufdosierung zum Haftende

Die Behandlung mit Substitutionsmitteln zur Haftentlassung erfolgt in allen Anstalten in Form einer Aufdosierung des Substitutionsmittels, wofür in 2/3 der Vollzugseinrichtungen zu diesem Zeitpunkt das Bestehen eines Platzes zur weiteren Behandlung nach Haft (Substitution oder auch Entwöhnungstherapie) notwendig ist. Dabei gestaltet sich der Zuständigkeitsbereich für die Sicherstellung der weiteren Behandlung sehr heterogen: Während in einer Anstalt der Patient selbst die Organisation eines Platzes zur Weiterbehandlung übernehmen muss mit notwendiger Vorlage einer schriftlichen Bestätigung des Weiterbehandlungsplatzes durch einen extramuralen Arzt, erfolgt in anderen Anstalten die Vermittlung in weitere Behandlungsmaßnahmen über den sozialen Dienst bzw. ist in einer Anstalt für eine Aufdosierung vor Haftende grundsätzlich die Zusammenarbeit des Patienten mit dem psychosozialen Dienst erforderlich und in diesem Rahmen auch die gemeinsame Organisation des Weiterbehandlungsplatzes möglich.

Substitutionsvertrag und Beikonsumfreiheit als wichtigste Behandlungsregeln

Zu den zentralen Regelungen der Behandlung zählt in den Anstalten mehrheitlich das Abschließen eines Substitutionsvertrags, der auch Regelungen bezüglich des Verzichts auf Beikonsum und Gewalt sowie das Durchführen von Kontrollen wie Drogenscreenings und die Zustimmung des Patienten hierfür beinhalten sollte. Danach folgen als weitere grundlegende Regelungen für die Behandlung die Teilnahme an ergänzenden Betreuungsmaßnahmen sowie die notwendige Zuverlässigkeit und Bereitschaft des Patienten zur Behandlung, zu der neben einer angemessenen Tagesbeschäftigung auch die Notwendigkeit des regelmäßigen Arztkontaktes gezählt wurde, welcher in einem respektvollen und stressfreien Umgang stattfinden sollte, auch gegenüber dem medizinischen Personal. In einer Anstalt ist auch die Sicherstellung eines Platzes zur weiteren Behandlung nach der Haft eine grundlegende Regelung der Therapie.

Substitutionsmittelverwendung gleicht extramuralen Relationen

In allen Anstalten besteht für die Behandlung mit Substitutionsmitteln die Möglichkeit der Verwendung von Methadon. Polamidon ist in drei Anstalten verfügbar, Subutex wird in zwei Vollzugseinrichtungen genutzt, und allein in einer Anstalt besteht in Ausnahmefällen die Möglichkeit mit Suboxone zu substituieren. Ins Verhältnis gesetzt macht somit Methadon mit 50% den größten Anteil aus, danach folgt Polamidon mit 25%, Subutex wird in 17% der Fälle genutzt und Suboxone lediglich in 8%. Die Verwendung der Substitutionsmittel gestaltet sich damit in ähnlicher Relation wie extramural, bei der laut Bericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Methadon bei 59,7% liegt, Polamidon bei 20,6% und Buprenorphin – hier erfasst unter Subutex – bei 18,9 % (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

Kriterien für Erstdosierung variieren stark

Als Kriterien zur Festlegung der Erstdosierungsmenge wurden vor allem die vorher konsumierte Heroin-

menge (einschließlich möglichen Beikonsums) zusammen mit der körperlichen Konstitution und möglicher klinisch relevanter Folgen von Entzugserscheinungen als entscheidend benannt sowie die Dosierungshöhe während einer möglichen Vorbehandlung mit Substitutionsmitteln. Nachdem, wie beschrieben, Kontaktaufnahmen zu den vorbehandelnden Ärzten jedoch vorrangig nicht der Erfragung vorheriger Dosismengen dienen, sondern primär zur Bestätigung der vorausgegangenen Behandlung, scheint das Kriterium der Vorbehandlungsdosis in der konkreten Praxis nur von geringer Bedeutung. In einer Anstalt orientiert sich die Dosierungshöhe zudem immer an dem niedrigsten möglichen Wert, was sich auch in den Angaben dieser Anstalt zur Dosierungshöhe zeigt, die zwischen 5 mg Anfangs- und 20 mg Zieldosierungsmenge liegt. Im Schnitt lässt sich eine Anfangsdosis zwischen 20 und 30 mg Methadon feststellen, die bis zu einer Zielmenge von 60 - 100 mg aufdosiert werden kann.

Die Angaben zu den Auf- und Abdosierungsintervallen variieren etwas stärker, zeichnen jedoch alle eher das Bild einer „sanften“ Abdosierungsweise: Für zwei Anstalten ergab sich ein Abdosierungsintervall von 5 mg Methadon alle drei Tage, für zwei weitere 5 mg bzw. 10 mg über jeweils sieben Tage.

Unzureichende Möglichkeit alternativer Behandlungsmöglichkeiten

Stehen für Substitutionsbehandlungen nicht genügend Behandlungsplätze zur Verfügung (z.B. auf Grund fehlender finanzieller und/oder personeller Ressourcen), besteht nur bei 1/3 der Anstalten die Möglichkeit, diese unzureichende Versorgungssituation durch Verlegung des Patienten in eine andere Haftanstalt oder ein Vollzugskrankenhaus auszugleichen. Externe Ärzte können in keiner der Anstalten zur Unterstützung hinzugezogen werden. Dies wurde jedoch nicht auf mangelnde Unterstützung der Vollzugsverwaltungen zurückgeführt, sondern auf eine generelle Schwierigkeit, externe Ärzte für Behandlungen im Vollzug zu gewinnen. Die Möglichkeit des Angebots alternativer Behandlungsmaßnahmen gibt es darüber hinaus in keiner der Vollzugseinrichtungen.

Psychosoziale Betreuung (PSB) ebenso heterogen wie extramural

Zwar gibt es in allen Anstalten die Möglichkeit psychosozialer Betreuungsangebote, die Variationen bezüglich des Angebotsumfangs in den einzelnen Vollzugsanstalten spiegeln jedoch die auch außerhalb der Haft bestehende Heterogenität wider: Von einer mangelhaften Versorgungssituation mit einem Suchttherapeuten für 160 Gefangene (Unterversorgung) bis hin zu Möglichkeiten, das bereits bestehende Angebot zusätzlich durch Hinzuziehen externer Hilfen zu unterstützen.

Behandlungskontinuität kritisch

Abgesehen von der aus dem Auswertungsprozess herausgezogenen Angabe einer Anstalt, generell keine Substitutionsbehandlung vorzunehmen, lässt sich die Kontinuität der Behandlung durch die vorliegenden Angaben nur schwer bewerten, da sich zwar die Mehrzahl der inhaftierten Substituierten bereits vor der Haft in einer Behandlung befand, die somit trotz Haftantritt weitergeführt wurde, auf der anderen Seite jedoch keine Zahlen vorliegen, wie viele der vorher Substituierten die Behandlung aufgrund des Haftantritts abbrechen mussten. Es werden für die Weiterbehandelten jedoch kaum Informationen bezüglich vorher geltender Regelungen und Verfahrensweisen von den vorbehandelnden Ärzten eingeholt, womit zumindest die Kontinuität einer Behandlung nach vorherigen Standards gefährdet ist. Eine Differenz zu den extramuralen Maßstäben zeigt sich auch durch die in einer Anstalt notwendige Kopplung der Indikation während der Haft an vorliegende psychische Krankheiten. Das „Vorliegen einer manifesten Opiatabhängigkeit“ wie es in den Richtlinien der Bundesärztekammer als allein ausreichender Indikationsgrund festgeschrieben ist, wird hier mit der Notwendigkeit des Bestehens einer zusätzlichen Erkrankung

verknüpft, wodurch die extramural geltenden und die intramural empfohlenen Standards der Indikation deutlich unterschritten werden.

Für den Zeitpunkt der Haftentlassung scheint sich eine Kontinuität der Behandlung insofern prognostizieren zu lassen, als dass in allen Anstalten die Einleitung einer Substitutionsbehandlung, zumindest in Form einer Aufdosierung, nur vorgenommen wird, wenn ein Platz zur Weiterbehandlung sichergestellt ist. Die Organisation des Weiterbehandlungsplatzes gestaltet sich dabei jedoch sehr unterschiedlich: Während sie bei einigen Anstalten in ein umfassendes Betreuungsangebot eingebunden ist, liegt es in anderen allein in der Verantwortung des Patienten, einen Weiterbehandlungsplatz ohne Unterstützung der vollziehenden Anstalt zu organisieren und in schriftlich bestätigter Form dem Anstaltsarzt vorzulegen. Die in diesen Fällen fehlende Unterstützung lässt eine tatsächliche Motivation der betreffenden Anstalten zur Behandlung fraglich erscheinen.

Beikonsum als zentrales Behandlungsproblem und häufigster Abbruchgrund

Beigebrauch wurde nicht nur mehrheitlich sehr negativ bewertet, sondern auch als häufig vorkommend beschrieben, mit erhöhtem Auftreten kurz vor und nach Haftentlassung aufgrund der besonderen Belastungssituation und vergrößerter Risikobereitschaft der Inhaftierten. Entsprechend der mehrheitlich als notwendig benannten Freiheit von Beikonsum als Behandlungsvoraussetzung und zentraler Regelung während der Behandlung, ist dieser auch in allen Anstalten Hauptgrund für den Abbruch der Therapie, gefolgt vom Handel mit Drogen oder anderen Regelverstößen wie absichtlichen Täuschungsversuchen.

Dabei führt die Feststellung von Beigebrauch bei Patienten, die sich bereits in Behandlung befinden, mehrheitlich sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung als auch während der Behandlung unter Haftbedingungen zur Abdosierung bis hin zum (sofortigen) Abbruch der Behandlung; lediglich in zwei Anstalten besteht zu beiden Haftzeitpunkten die Möglichkeit, bei sich bereits in Behandlung befindenden Patienten, den zusätzlichen Gebrauch zuerst mit diesen, ggf. auch unter Rücksprache mit der psychosozialen Betreuung, zu thematisieren und erst nach Verwarnung und nicht verändertem Beigebrauchsverhalten auf Abdosierungsmaßnahmen zurückzugreifen oder die Behandlung abzubrechen.

Noch deutlicher gestaltet sich die Situation bei positivem Ergebnis des Drogentests bei noch nicht substituierten Gefangenen - so ist in diesem Fall nur noch in einer Anstalt die Durchführung einer Substitutionsbehandlung möglich, gestützt auf engmaschige Kontrollen, wie sie für diese Situation auch in den Behandlungsempfehlungen der Bundesärztekammer nahegelegt werden.

Drogenscreenings erfolgen einheitlich durch medizinisches Personal

In allen Anstalten werden während der Behandlung Drogenscreenings durchgeführt, mehrheitlich in einem unregelmäßigen, meist wöchentlichen Rhythmus. Daneben erfolgt in einer Anstalt die Durchführung monatlich mit Möglichkeit der Kontrollerhöhung bei positivem Befund sowie in einer weiteren Anstalt nur gelegentlich und stichprobenartig. Zudem wird als Maßnahme der Missbrauchsprävention in allen Anstalten das Substitutionsmittel nur unter Kontrolle abgegeben mit ausreichend Flüssigkeit zum Nachtrinken. Die Beaufsichtigung erfolgt dabei einheitlich durch medizinisches Personal wie Krankenpfleger oder den Sanitätsdienst, wobei in diesem Zusammenhang auch eine häufig fehlende Akzeptanz der Mitarbeiter gegenüber der Behandlungsform beschrieben wurde, wodurch die Umsetzung erschwert werde.

Drogenkonsum ist nach wie vor Tabuthema in Haft

Die Angaben zum allgemeinen intravenösen Drogengebrauch innerhalb der Haftanstalten variieren sehr

stark: höchste Schätzungen liegen bei 30% - 40%, niedrigste zwischen 0,5 - 1 %. Das arithmetische Mittel der sich aus den Prozentzahlen ergebenden Zahlenwerte der jeweiligen Anstalten, von denen Einschätzungen vorliegen, ergibt eine Zahl von 470 drogengebrauchenden Inhaftierten, was ins Verhältnis gesetzt zu den 2153 Gesamthaftplätzen dieser Anstalten einen durchschnittlichen Anteil intravenös Drogengebrauchender von 21,8% ergibt. Es resultiert daraus eine Durchschnittsquote, die deutlich unter den Angaben des Justizministeriums NRW liegt, das für Nordrhein-Westfalen basierend auf Angaben des Deutschen Ärzteblattes eine Einschätzung von 35% intravenös drogenkonsumierender Inhaftierter gibt (Hussmann 2010).

Aufgrund der Basierung dieser Prozentwerte auf rein persönlichen Einschätzungen der Ärzte ohne empirische Fundierungen und der dabei vorliegenden erheblichen Differenzen der jeweiligen Einschätzungen, können diese daher weniger einen Aufschluss auf den tatsächlich vorliegenden Drogenkonsum in den Anstalten geben, als vielmehr darauf, wie und ob die Ärzte diesen wahrnehmen (wollen) und welche Bereitschaft sie aufweisen, ihn auch offen zu thematisieren. In Anbetracht der Notwendigkeit zum Eingeständnis eines real vorliegenden Drogengebrauchs, um angemessene Therapieformen für drogengebrauchende Gefangene anbieten zu können, verwundert es dementsprechend nicht, dass gerade in Anstalten, in denen die Therapieform der Substitutionsbehandlung höheren Auflagen unterliegt und eher negativ bewertet wird, auch ein verminderter Drogengebrauch innerhalb der Haftanstalt vermutet wird. Der Drogenkonsum zeigt sich dabei nach wie vor als ein ungemut thematisiertes Problem, das nicht nur von einigen Anstaltsverwaltungen und -mitarbeitern, sondern teilweise selbst auch von den Ärzten negiert oder heruntergespielt wird. Daneben lässt die in einer Anstalt vorliegende zusätzliche Auflage des Bestehens einer psychischen Krankheit an die Einleitung der Substitutionsbehandlung ebenfalls darauf schließen, dass die Hemmschwellen, das idealtypische Ziel der Drogenfreiheit in Haft zu durchbrechen, nach wie vor hoch sind.

Auch die negativen Rückmeldungen, aufgrund fehlender Genehmigung des Justizministeriums keine Angaben zur Substitutionsbehandlung machen zu wollen, verdeutlichen die Schwierigkeit der Thematisierung des Drogengebrauchs innerhalb des Vollzugs, der mit der Angabe der bestehenden Möglichkeit zur Substitutionsbehandlung implizit bestätigt würde. Durch den Verweis, aufgrund fehlender Genehmigung nicht antworten zu können bzw. zu dürfen, wird eine Thematisierung des problematischen, gerne negierten Drogenkonsums nicht nur umgangen ohne das Vorhandensein eingestehen zu müssen, sondern die Verantwortung für die fehlende Auskunftsbereitschaft auch noch an eine andere Institution abgegeben.

Mehrheitliche Wahrnehmung der Substitution als angemessene Behandlungsform

Im Rahmen der persönlichen Einschätzung und Bewertung der Behandlung unter den besonderen Bedingungen des Strafvollzugs wurde die Substitutionsbehandlung mehrheitlich als angemessene Therapieform angesehen.

Lediglich in einer Rückmeldung wurde die Substitution als grundlegend unangemessene Behandlungsform bezeichnet, da sie auf Grund des fehlenden „Kicks“ für das Klientel unbefriedigend sei. Sie könnte allenfalls für diejenigen eine Option darstellen, die selbst über kurze Zeit nicht abstinent leben könnten.

Abstinenz ist nicht alleiniges Behandlungsziel

Als Zielsetzung der Substitutionsbehandlung wird mehrheitlich vorrangig die Verhinderung des Beigebrauchs bzw. das Erlernen eines kontrollierten Konsumverhaltens gesehen. Daneben wurden die körperliche Stabilisierung und das Erreichen einer verbesserten Behandlungsbereitschaft - auch für psychische Behandlungsformen - als anzustrebende Behandlungsziele genannt sowie die Vermeidung von Infektionsverbreitungen.

Nur in einem Fall wurde nach wie vor die völlige Abstinenz als einziges und oberstes Ziel der Behandlung

benannt, mit dem einschränkenden Zusatz, die Behandlung könnte der Delinquenzprävention dienen, wenn der Patient keinerlei andere Perspektiven mehr hätte.

Marginale Wahrnehmung vollzugsspezifischer Behandlungswirkweisen

Vollzugsspezifische Wirkweisen der Behandlung wie Reduktion subkultureller Aktivitäten und die damit verbundene Förderung des Vollzugsziels wurden nur von jeweils zwei Ärzten in der Praxis direkt wahrgenommen, wobei diese jedoch auch betonten, dass die besonderen Rahmenbedingungen der Haft sogar einen Vorteil für die Behandlung bieten könnten: Einerseits aufgrund der in Haft erhöhten Bereitschaft der Patienten zur Kontaktaufnahme mit dem medizinischen Personal, wobei die Behandlung mit Substitutionsmitteln eine zusätzliche Motivation zum Beziehungsaufbau leisten könnte, gerade auch für die Inhaftierten, die außerhalb keinen Kontakt zu „offiziellen“ Institutionen suchen. Auf der anderen Seite wurde die in Haft umfassend mögliche Betreuung und der enge Kontakt zum medizinischen Dienst als eine besonders gute Grundlage für die Umsetzung der Therapieform beschrieben. Als positive Wirkung der Substitution wurde von diesen Ärzten außerdem die Möglichkeit der Verringerung von Infektionsrisiken und anderen Krankheiten genannt sowie die Reduktion der subkulturellen Beteiligung der Gefangenen zugunsten einer erhöhten Teilhabe am Vollzugsalltag und der Möglichkeit, den Patienten durch die Behandlung zur positiven Mitarbeit am Vollzugsziel der Anstalt zu motivieren. Zudem könne die Vergabe der Substitutionsmittel der Linderung von Entzugssymptomen dienen, ohne dabei jedoch einen Rauschzustand zu erzeugen und darüber hinaus zur Reduktion des Beigebrauchs beitragen, auch wenn bei der Mehrzahl der Gefangenen trotz Substitutionsbehandlung mit auch entsprechender Dosierungshöhe noch ein massiver Beigebrauch festgestellt werde.

Auch wenn in zwei Fällen die Wahrnehmung positiver Wirkweisen der Behandlung in den spezifischen Bedingungen des Vollzugs vorliegen, kann im Bezug auf die vollzuglichen Ziele insgesamt jedoch eher darauf geschlossen werden, dass die Substitutionsbehandlung nach wie vor als kontrovers zu den Vollzugszielen liegend gesehen wird, statt als unterstützende Möglichkeit.

Reaktionen der Patienten werden zweigeteilt geschildert

Die vorliegenden vier Antworten zu den Reaktionen der Patienten auf die Behandlung zeigen ein gespaltenes Bild: Neben zwei Angaben von ausnahmslos positiv erlebten, dankbaren Reaktionen seitens der Patienten, die sich durch die Behandlung als Mensch angenommen und akzeptiert fühlen, wurde auf der anderen Seite ein von Forderungen und Unterdrucksetzung geprägtes Behandlungsverhältnis dargestellt. Dazu kommt eine weitere Angabe, die Behandlung sei einem Großteil der Inhaftierten allgemein unbekannt und zudem für viele aufgrund der mit ihr verbundenen Regelungen und Kontrollen zu entkräftend, was sich in Ablehnung ausdrücke.

Zusammenfassung und Ausblick

Grundsätzlich werden in allen Vollzugsanstalten, für die konkrete Antworten vorliegen, Substitutionsbehandlungen auf Grundlage des BtMG, der BtMVV und der Richtlinien der Bundesärztekammer nicht nur zur Entgiftung, sondern auch als längerfristige Therapieform angeboten, wobei die Substitutionsmittel entsprechend den außerhalb geltenden Relationen Verwendung finden. Insgesamt lässt sich jedoch die Heterogenität der Ausgestaltung und des Umfangs der Substitutionsbehandlung, die nicht nur unter den einzelnen Bundesländern, sondern auch zwischen den einzelnen Anstalten der Länder angenommen wurde, auch für NRW bestätigen.

Die grundsätzlichen gesetzlich gegebenen Möglichkeiten des Angebots werden zwar einheitlich genutzt,

liegen mit einem prozentualen Anteil substituierter Gefangener von 3% jedoch nicht nur weit hinter den extramural festgestellten Substitutionsraten zurück, sondern es ergeben sich in der konkreten Ausgestaltung und dem Umfang des Angebots zudem erhebliche Differenzen, die sich besonders in den unterstützenden Angeboten psychosozialer Betreuung zeigen, aber auch in den Zugangskriterien für die Behandlung. Zudem zeigt sich ein Mangel an alternativen Behandlungsmöglichkeiten bei nicht ausreichender Versorgung in der eigenen Anstalt sowie ein generelles Schnittstellenproblem der Vernetzung mit externen Ärzten und Institutionen.

Auch wenn als mögliche Wirkweisen der Substitutionsbehandlung körperliche Stabilisation, Reduktion von Infektionsrisiken und Verringerung der Drogensubkultur zugunsten einer erhöhten Mitwirkung an den Vollzugszielen genannt wurden, scheint mehrheitlich jedoch die Befürchtung einer Zielkollision mit den Idealvorstellungen des Vollzugs durch die Behandlung vorzuherrschen. Dem Arzt kommt dabei eine zentrale und sehr komplexe Rolle zu, in der er mit einer Vielzahl kontroverser und problematischer Anforderungen konfrontiert wird - er bildet den Schnittpunkt zwischen dem vollzuglichen System, dessen Interessen er als Teil davon zu vertreten hat und dem Patienten, dessen Verhaltensweisen dem Grundsatz nach von diesem System nicht gebilligt werden, für den er jedoch die Verantwortung für eine angemessene gesundheitliche Versorgung übernehmen muss. Das Spannungsfeld von medizinischer Verantwortung und der Einbindungen des Arztes in die Hierarchiestrukturen der vollziehenden Anstalt, deren Anforderungen und Anordnungen er gleichzeitig unterliegt und gerecht werden muss, zeigte sich deutlich auch in der Befragung anhand der Rückmeldung eines Arztes, der zwar bereit war zu antworten, was ihm jedoch durch die vollziehende Anstalt untersagt wurde.

Gerade im Bereich der Substitution wird dem Arzt ein hoher Zuständigkeitsbereich und somit auch Entscheidungszwang zugewiesen, ohne dass dabei jedoch klare Orientierungsregelungen vorliegen. Dabei gestaltet sich vor allem Beigebrauch als erhebliche Problematik, da dieser nicht nur den Zielen des Vollzugs entgegen steht, sondern auch denen der Behandlung und somit Zweifel an ihrer Wirksamkeit hervorrufen kann und unter Umständen auch vom Arzt als Zeichen der Ablehnung bzw. fehlender Anerkennung des Patienten in Bezug auf seine Interventionen gewertet werden kann. Es bestehen für den Umgang mit festgestelltem Beigebrauch zwar grobe Empfehlungen, jedoch keine klaren und eindeutigen Richtlinien, so dass es zu Unsicherheiten kommt, die letztendlich die Abdosierung und den Abbruch der Behandlung zur Folge haben. So führt festgestellter Beigebrauch unabhängig vom Zeitpunkt der Feststellung bei Gefangenen, die sich bereits in einer Substitutionsmittelbehandlung befinden, in der Mehrzahl der Fälle zur Abdosierung und Behandlungsabbruch, womit jedoch mehrheitlich die Möglichkeit vergeben wird, die Ursachen des Konsums und seine subjektive Funktionalität für den Patienten zu klären und mögliche Strategien zur Vermeidung zusätzlichen Konsums zu entwickeln. Zudem bleiben die Folgen, die der Therapieabbruch gerade im Bezug auf weitere Konsumsteigerung illegal erworbener Substanzen haben kann, in diesen Fällen unthematisiert und damit unberücksichtigt.

Zudem ist davon auszugehen, dass durch den Abbruch der zusätzliche Konsum nicht verhindert wird, sondern er sich nur in Bereiche des Strafvollzugs verlagert, in denen er vom Arzt nicht mehr gesehen wird. Durch den Behandlungsabbruch löst sich damit zwar für den Arzt der Konflikt, mit dem vom Vollzug nicht tolerierten Beigebrauch medizinisch im Rahmen einer Behandlung umgehen zu müssen, die gesundheitlichen Risiken für die Gebrauchenden bleiben jedoch bestehen bzw. verschärfen sich noch aufgrund der Umstände, in denen der Konsum dann stattfindet, ebenso wie es die Einbindung des Patienten in die subkulturellen Strukturen unterstützt und auch die darin praktizierten drogalen Verhaltensweisen verfestigt.

Um auf Phänomene, die sich bereits bei der extramuralen Substitutionsbehandlung schwierig gestalten in der erschwerten Situation des Vollzugs angemessen reagieren zu können, wäre eine Offenheit der Vollzugsanstalten mit Bereitschaft zur Thematisierung des Drogengebrauchs wünschenswert. Es ist inzwischen zwar unbestritten und findet sich auch in öffentlichen Berichten beispielsweise der Bundesregierung, dass innerhalb des Strafvollzugs entsprechend den gesellschaftlichen Strukturen, die er widerspiegelt,

Drogen konsumiert werden, es scheint für die Vollzugsanstalten selbst jedoch immer noch ein unangenehmes Thema zu sein, das nach Möglichkeit umgangen, heruntergespielt oder völlig negiert wird. In Anbetracht dessen, wie drogengebrauchende Menschen gesamtgesellschaftlich gesehen werden und ihr Verhalten gewertet wird, verwundert der Unwille zum Eingeständnis, dass das extramural von der Bevölkerung als gefährliche eingestufte Verhalten innerhalb der Mauern, die Schutz für die Gesellschaft suggerieren sollen, weiterhin besteht, jedoch nicht. Durch die Hemmungen der Thematisierung des Drogenkonsums im Gefängnis und den Versuchen, ihn zu negieren oder auszublenden, leidet jedoch auch die Etablierung angemessener Behandlungsmaßnahmen für Betroffene, was sich nicht nur zu Lasten der Patienten, sondern auch der Ärzte auswirkt. Auch wenn bei diesen der Wille zur Behandlung mit einer vom Abstinenzparadigma abweichenden Zielorientierung besteht, bleiben sie mit entstehenden Unsicherheiten im Umgang mit den Patienten, gerade auch bei Beigebrauch, allein. Dringend notwendig wäre daher eine Offenheit der Vollzugsanstalten für das ungeliebte Thema des Drogengebrauchs, um damit die Grundlage für eine angemessene Umsetzung der Behandlung zu schaffen, bei der nicht nur die Patienten, sondern auch die Ärzte durch Informationen und eindeutige Richtlinien unterstützt werden.

Literatur

- Akzept e.V., Deutsche Aids Hilfe e.V., Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschland e.V. (Hg.):** Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Berlin, 2006
- Bundesärztekammer:** Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. 2009, verabschiedet am 19. Februar 2010
- DBDD : Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: - Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Lieb, C. & Raiser, P. :** Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2008/2009. München, 2009
- Deutsche AIDS- Hilfe e.V.:** Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, 2. Auflage. Berlin, 1998
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung:** Drogen-und Suchtbericht 2009. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin 2009
- Fritsch, K.:** Arzt im Strafvollzug – Kooperation und Widerspruch. In: Keppler, K.; Stöver, H.: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart, 2009
- Gerlach, R.; Stöver, H. (Hg.):** Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg im Breisgau, 2005
- Gölz, J.:** Die Beziehung zwischen Ärzten, therapeutischen Personal und Drogenabhängigen in der Substitutionsbehandlung. In: Gerlach, R.; Stöver, H.: Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg im Breisgau, 2005
- Hussmann, K.:** Substitutionstherapie in der Haft. Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit. Berlin, den 20.04.2010
- Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H.:** LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. AIDS Forum DAH, 42. Berlin, 2001
- Keppler, K.:** Probleme und Praxis der Substitution im Justizvollzug. In: Stöver, H.: Substitution in Haft. AIDS-Forum DAH, 52. Berlin, 2008
- Keppler, K.:** Überschneidung und Abgrenzung – die Problematik vollzuglicher und medizinischer Aufgaben. In: Keppler, K.; Stöver, H.: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart, 2009
- Keppler, K.; Stöver, H.:** Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart, 2009
- Keppler, K.; Frischt, K.; Stöver, H.:** Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit. In: Keppler, K.; Stöver, H.: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart, 2009
- Klee, J.; Stöver, H.:** Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin, 2004

- Knorr, B.:** Gesundheit und Prävention in Haft. In: Klee, J.; Stöver, H.: Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin, 2004
- Lang, F.:** Einsamkeit und Isolation. In: Deutsche AIDS- Hilfe e.V.: Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch, 2. Auflage. Berlin, 1998
- Meier, B.:** Äquivalenzprinzip. In: Keppler, K.; Stöver, H.: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart, 2009
- Pastoor, C.:** Substitution in Haft (NRW). Fachtagung „Justiz und Drogen“ 20 Jahre Substitution, 11.02.2010
- Pollähne, H.; Stöver, H.:** Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlung in Gefängnissen und im Maßregelvollzug. In: Gerlach, R.; Stöver, H.: Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg im Breisgau, 2005
- Stöver, H.:** Drogen, HIV und Hepatitis im Strafvollzug- Eine Bestandsaufnahme. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H.: LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. AIDS Forum DAH, 42. Berlin, 2001
- Stöver, H.:** Europäische Perspektiven der Gesundheitsförderung im Gefängnis. In: Akzept e.V., Deutsche Aids Hilfe e.V. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschland e.V. (Hg.): Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Berlin, 2006
- Stöver, H.:** Substitution in Haft. AIDS-Forum DAH, 52. Berlin, 2008
- Stöver, H.; Casselmann, J.:** Substitutionsbehandlungen in europäischen Gefängnissen. In: Suchttherapie, H. 7, S. 66–71. Bremen, 2006
- Stöver, H.; Gerlach, R.:** Geschichte und aktuelle Problembereiche der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Vom „Glaubenskrieg“ zur Standardtherapie. In: Konturen 2010;(2):8-13
- Stöver, H.; Keppler, K.:** Diskontinuität in Behandlung und Betreuung. In: Keppler, K.; Stöver, H.: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart, 2009
- Stöver, H. für Akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenhilfe (Hg.):** Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. IMPROVE- Eine Befragung unter Drogenkonsumenten, Patienten und Ärzten - Ansätze zur Verbesserung einer erfolgreichen Therapieform. Berlin, 2010

**Korrespondenzadresse/
Address for correspondence:**

Christina Schulte-Scherlebeck
c/o INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20
D-48155 Münster
Email: c.scherlebeck@web.de

Veröffentlicht / Published:
25. August 2010 / August 25, 2010

Eingereicht / Received:
12. August 2010/ August 12, 2010

Angenommen / Accepted:
24. August 2010/ August 24, 2010